

**SOLICITUD DE BENEFICIO POR MUERTE**  
(LEY NÚM. 447 DE 15 DE MAYO DE 1951)



☐ Muerte Ocupacional ☐ Muerte No Ocupacional ☒ Solicitud Inicial ☐ Solicitud de Revisión

**SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE O PENSIONADO FALLECIDO**

Apellido Paterno <u>Rabell</u>		Apellido Materno <u>Mendez</u>		Nombre <u>Qida C.</u>		Seguro Social <u>XXXXXX-XXXX</u>	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estatus del Fallecido: <input type="checkbox"/> Participante <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado		Fecha de Defunción (Día-Mes-Año) <u>11 dic 2016</u>				
Causa de la Defunción:		<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		Dirección a la Fecha de la Defunción			
<input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio		<input type="checkbox"/> Otros		Urbanización, Condominio o Barrio			
Lugar donde falleció <u>San Juan</u>		Especifique		P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato			
Tiene Relación la Muerte con el Empleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene Caso con el Fondo del Seguro del Estado: (De ser afirmativo debe venir acompañado con la decisión final del Fondo).		Pueblo, País y Código Postal			
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Núm. de Caso:		Tipo de Pensión (Si Aplica)		<input checked="" type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Mérito <input type="checkbox"/> Incapacidad			
Información Empleado Activo:		<u>Fondo Seg Estado</u>		Última Agencia Donde Prestó Servicios			
				Último Sueldo Mensual			

**SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellido Paterno <u>RABELL</u>		Apellido Materno <u>MENDEZ</u>		Nombre e Inicial <u>SESIA R</u>		Nacimiento (Día-Mes-Año) <u>XXXXXX-XXXX</u>	
Seguro Social <u>XXX-XXX-XXXX</u>		Teléfono Residencial <u>787-312-0259</u>		Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	
Relación con el Participante o Pensionado Fallecido:		<input type="checkbox"/> Heredero <input type="checkbox"/> Administrador		Otro:			
Correo electrónico:							

Dirección Postal		Dirección Residencial	
<u>564 RAMON GANDIA</u>		<u>IGUAL</u>	
Urbanización, Condominio o Barrio <u>URB. BALORICA</u>		Urbanización, Condominio o Barrio	
P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato <u>SAO JUAN 00918</u>		Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera y Kilómetro	
Pueblo, País y Código Postal		Pueblo, País y Código Postal	

**SECCIÓN III: DETALLES DE PRÉSTAMOS VIGENTES CON EL SISTEMA (PARTICIPANTE O PENSIONADO)**

Indique si la persona fallecida tenía préstamos vigentes: ☐ Sí ☒ No

Núm. Préstamo Hipotecario	Núm. Préstamo Personal	Núm. Préstamo Viaje Cultural

**SECCIÓN IV: DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

Nombre	Seguro Social	Nacimiento (Día-Mes-Año)	Parentesco	Tel.	Dirección
<u>JESUS RABELL MENDO</u>	<u>XXXXXX-XXXX</u>	<u>XXXXXX-XXXX</u>	<u>HEREDERO</u>	<u>787-312-0259</u>	<u>ARRIBA</u>
Nombre del Tutor (Si Aplica)	Seguro Social	Nacimiento (Día-Mes-Año)	Parentesco	Tel.	Dirección

Firma del Solicitante: [Firma] Fecha (Día-Mes-Año): 31/MARZO/2017

Al momento de radicar la Solicitud de Beneficio por Muerte, se deberá incluir todos los documentos requeridos para el proceso de la misma. Al dorso se indican los documentos necesarios para la radicación de la solicitud.

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Página 1 de 2

ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y LA JUDICATURA

PO Box 42003 San Juan, PR 00940-2203 • Tel 787-777-1500 www.retro.pr.gov

*[Firma]*  
3/31